UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 9 juillet 1937

PAR

Paul-Gaston CORNIER

Ancien externe des Hôpitaux

Né à SAINT-MÉDARD-EN-JALLES (Gironde), le 26 mai 1911

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 122

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 9 juillet 1937

PAR

Paul-Gaston CORNIER

Ancien externe des Hôpitaux

Né à SAINT-MÉDARD-EN-JALLES (Gironde), le 26 mai 1911

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur .....

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

MASSÉ, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	N.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	RE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

J. CORNIER

Directeur des Epizooties à la Préfecture du Lot-et-Garonne,
Vétérinaire départemental d'Agen.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage de mon affection et de mon immense reconnaissance.

A MA SŒUR AINEE
SŒUR MARGUERITE-ELISABETH
DE LA VISITATION SAINTE-MARIE

Dans le calme du cloître, tu as veillé sur moi pendant mes études médicales.

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRERE

A MA FIANCEE

MEIS ET AMICIS

Au Docteur Max LERIC

En témoignage de l'amitié qui nous lie depuis la classe de sixième.

Au Docteur Yvon PATEU

En témoignage de notre amitié confraternelle.

A Monsieur et Madame Hector RIET

ET A LEUR FAMILLE

En témoignage de ma reconnaissance et de mon attachement.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur agrégé E. LOUBAT

Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

En souvenir de l'intérêt qu'il m'a porté depuis le début de mes études médicales.

A Monsieur le Professeur M. CREYX

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

En témoignage de ma respectueuse admiration pour lui et de mon amicale sympathie pour sa famille.

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur F. PAPIN

Chargé du cours de Médecine opératoire,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Vous avez bien voulu, mon cher Maître, me confier ce sujet, que vous aviez à cœur. Je vous en exprime toute ma reconnaissance; j'ai essayé d'être digne de votre confiance.

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre cette étude, nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur Papin, qui nous en a inspiré le sujet.

Lorsqu'il nous l'a confié, il a tenu à souligner tout l'intérêt pratique que présentait à ses yeux ce travail, quelque modeste qu'il soit.

En montrant les possibilités d'une chirurgie conservatrice de l'ovaire appliquée au kyste dermoïde, en rapportant les résultats qu'elle a donnés lorsqu'elle a été pratiquée, en soulignant les bienfaits qui en ont résulté pour les malades, tant au point de vue psychologique qu'au point de vue physiologique, nous avons essayé de traduire la pensée de notre Maître et de satisfaire à son désir.

Nous lui sommes reconnaissant de la peine qu'il a prise pour nous et des précieux éclaircissements qu'il a bien voulu nous apporter.

Nous remercions, enfin, M. le Docteur Loubat, auprès duquel nous avons trouvé le plus aimable et souriant accueil.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CHIRURGIE CONSERVATRICE

DES

KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

Bien qu'elles fussent connues depuis longtemps déjà, les possibilités d'une chirurgie conservatrice en présence de kyste dermoïde de l'ovaire ne paraissent pas avoir retenu l'attention d'un grand nombre de chirurgiens. Cependant, dès 1891, Matthaéi tentait pour la première fois l'extirpation de kystes dermoïdes avec conservation de tissu ovarien. Les années qui suivirent jusqu'à nos jours virent plusieurs chirurgiens s'y employer.

Dans le premier chapitre de ce travail, en étudiant la fréquence du kyste dermoïde sur l'un ou les deux ovaires chez les femmes jeunes et les femmes enceintes et en rapportant les méthodes de traitement radical appliquées actuellement ainsi que leur résultat, nous avons essayé de montrer l'intérêt d'une telle chirurgie. Dans un second chapitre, après en

avoir montré les possibilités anatomiques, nous avons tenu à faire une sorte d'historique de pareilles méthodes en dégageant les enseignements que nous pourrons en tirer. Dans un troisième chapitre, enfin, nous avons rappelé les objections formulées par les adversaires de cette chirurgie, nous avons essayé de les réfuter, et de justifier, au contraire, une pareille méthode.

Aux bienfaits physiologiques et psychologiques qui en résultent pour les malades, nous ne pouvons nous empêcher de croire qu'il vient s'ajouter un intérêt moral et même national, à une époque où notre pays voit s'accentuer le rythme de la dénatalité. Et rien ne nous semble mieux traduira la pensée qui a dominé tout notre travail que cette phrase de Dieulafé : « Au moment où l'enfant apparaît comme un bien national si précieux, il ne faut rien négliger pour assurer à la femme des maternités futures. »

CHAPITRE PREMIER

DE L'INTERET DE LA CHIRURGIE CONSERVATRICE APPLIQUEE AU KYSTE DERMOIDE DE L'OVAIRE

Contrairement aux anciennes données classiques, qui voulaient que, par opposition au kyste mucoïde, le kyste dermoïde de l'ovaire représente une rareté, sinon une exception, on est arrivé, à notre époque, après les cinquante dernières années de chirurgie ovarienne, à une tout autre conception de sa fréquence. Actuellement, l'opinion des chirurgiens est que le kyste dermoïde de l'ovaire se rencontre fréquemment et qu'il forme une proportion relativement élevée des tumeurs ovariennes opérées. Un gynécologue moderne, Runeskog, de Upsala, après s'être appliqué pendant ces dernières années à la chirurgie ovarienne, a pu écrire, en 1932, que le kyste dermoïde de l'ovaire représente à lui seul 11 p. 100 des tumeurs ovariennes. Cette proportion serait même très au-dessous de celle relevée chez les femmes de la race jaune. C'est ainsi que, d'après le même auteur, elle serait de 35 p. 100 chez les Japonaises. On conçoit donc l'importance de plus en plus grande qu'a prise pendant les cinquante dernières années le traitement chirurgical de cette affection. Celui-ci, comme l'écrit Pierre Mocquot, n'est pas conduit pour les dermoïdes comme pour les mucoïdes, on ne peut pas vider par ponction un kyste dermoïde, il faut l'extirper en totalité. N'y a-t-il donc pas moyen de réaliser cette extirpation sans la faire accompagner de l'ablation de l'annexe atteinte : tel est le but recherché par une chirurgie conservatrice.

Une telle chirurgie ne présente-t-elle pas à son origine certains éléments susceptibles d'en faire ressortir l'intérêt : telle est la question que nous nous posons au début de ce chapitre.

Dans cet ordre d'idées, trois constatations paraissent avoir retenu plus spécialement l'attention des auteurs :

1° Le kyste dermoïde de l'ovaire est fréquent chez les femmes jeunes;

2° Il coïncide fréquemment avec le développement d'une grossesse, influe sur son évolution, agit sur son issue;

3° Il atteint fréquemment les deux ovaires à la fois.

1° Fréquence chez les femmes jeunes.

Ce serait une erreur de penser que le kyste dermoïde de l'ovaire est l'apanage des femmes âgées. Certes, il n'est pas rare de le rencontrer chez les femmes ménopausées ou au seuil de la ménopause, mais les études des chirurgiens et des auteurs, comme la lecture de la littérature médicale des cinquante dernières années, nous permettent de penser qu'il est fréquent de le diagnostiquer aussi chez les jeunes femmes, et même chez les jeunes filles. En 1913, Vacher de La Pouge, dans sa thèse sur la malignité des kystes dermoïdes de l'ovaire, reconnaît que celui-ci atteint le plus fréquemment les femmes jeunes, et conclut à une plus grande fréquence entre 20 et 35 ans. Dans les *Annales américaines de chirurgie*, Franck S. Matthews rapporte qu'un chirurgien américain, Marshall, après avoir étudié 415 cas chez des femmes de tous âges, a conclu, en 1928, à une proportion de 60 p. 100 des cas chez des femmes encore jeunes et non ménopausées, dont l'âge variait entre 30 et 50 ans.

Il en déduisait que l'âge moyen où la femme présente cette affection serait d'environ 38 ans.

Dans un mémoire paru dans le *Journal of obstetric and*

gynecology du 2 février 1933, un autre chirurgien américain, J. R. Miller, de Hartford, rapporte que, sur 20 malades opérées par lui pour kyste dermoïde de l'ovaire, 12 avaient au-dessous de 31 ans, et 17 au-dessous de 41 ans, ce qui donnait une proportion de 33 p. 100 de femmes jeunes. Il cite même, parmi ces dernières, les cas de jeunes femmes ou jeunes filles âgées de 20 ans à peine.

Il arrive, en effet, que l'on rencontre un kyste dermoïde de l'ovaire chez une jeune fille ou même chez des enfants.

Dès 1891, Matthaeï rapporte le cas d'une jeune fille de 16 ans opérée par lui pour cette affection.

Plus tard, Mac Dowel a opéré une jeune fille de 15 ans, il en cite l'opération tout en insistant sur ce que le fait s'était déjà présenté deux fois auparavant dans la littérature.

Plus près de nous, Delmas, d'Agen, rapporte le cas d'une enfant de 13 ans qu'il a opérée pour cette affection. En 1930, un chirurgien américain, A. Siddal, en cite un cas chez une jeune enfant. En Argentine, F. Pozzo et I. G. Iriarte en rapportent un cas chez une enfant de 8 ans; enfin, Palacios, dans la *Semana medicale* du 18 septembre 1930, en cite 2 cas chez deux enfants âgées respectivement de 15 et 9 ans.

Il résulte donc de ces données que le kyste dermoïde de l'ovaire atteint les femmes jeunes dans une proportion qui varie entre 33 p. 100 et 60 p. 100 des cas et qu'une chirurgie conservatrice serait la bienvenue auprès de ces malades susceptibles de vouloir des enfants et de voir se développer chez elles des grossesses futures.

2° Concomitance avec la grossesse.

Du fait même de la fréquence avec laquelle on le rencontre chez des femmes encore éloignées de la ménopause, il n'est pas rare de relater l'existence de kystes dermoïdes de l'un ou des deux ovaires au cours de l'évolution d'une grossesse.

Suzanne Lévy, dans sa thèse sur l'étude des kystes der-

moïdes bilatéraux au cours de la grossesse, rapporte que dès 1901 Walther, dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, citait 6 cas de grossesse avec kystes dermoïdes bilatéraux qu'il avait pu réunir.

En 1905, Contamin, après une étude portant sur 98 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, relatait que, dans 30 de ces cas, la malade était enceinte.

Par la suite, la question des rapports entre le kyste dermoïde de l'ovaire et grossesse a fait l'objet de nombreux travaux, dont nous ne citerons pour mémoire que les thèses de Charles Bernard (Paris, 1920), Suzanne Lévy (Paris, 1921) et Bourdon (Paris, 1927). Tous sont d'accord sur ce point que la concomitance de kyste dermoïde et d'une grossesse est relativement fréquente.

Plus près de nous, Franck S. Matthews, en 1925, réunissait 6 cas de kyste dermoïde de l'ovaire, dont 4 coïncidaient avec une gestation.

En 1932, J.-R. Miller, dans une étude portant sur 90 cas opérés, relevait 12 fois la coïncidence avec une grossesse.

Enfin, sur les 21 observations que nous rapportons dans ce travail, 5 des malades étaient enceintes. Certains auteurs sont même allés jusqu'à penser qu'il pouvait exister une corrélation logique entre ces deux éventualités. Pour eux, le kyste, par sa présence sur l'ovaire, jouerait le rôle d'un excitant des fonctions normales de ce dernier. Telle est l'hypothèse présentée par Contamin, en présence, d'une part, des 30 grossesses qu'il a relatées sur les 98 cas de kyste dermoïde observés, et d'autre part, en rapportant le cas d'une malade atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire et ayant eu cinq accouchements.

Par ailleurs, de Rouville, frappé de la coïncidence d'hémorragies fréquentes chez une femme atteinte de cette affection, conclut à l'excitation de la fonction externe de l'ovaire par le kyste et conçoit qu'il en soit de même pour sa fonction interne.

Certes, les connaissances physiologiques et physiopatho-

logiques actuelles nous permettent de ne pas nous attarder à de pareilles conceptions, que nous devons classer dans le domaine de l'hypothèse. Il n'en est pas moins vrai qu'il découle de tout ceci que les auteurs ont été frappés de la fréquence avec laquelle on rencontrait le kyste dermoïde de l'ovaire compliquant une gestation.

Or, dès qu'il complique une grossesse, celui-ci pose une indication opératoire. Unilatéral ou bilatéral, il est, en effet, une cause fréquente d'avortement. Unilatéral, il entraînerait l'interruption de la grossesse dans 23 p. 100 des cas pour Rémy, et dans 16 p. 100 des cas d'après Puech et Vanverts. Pour les mêmes auteurs, il déterminerait un accouchement prématuré dans la proportion de 40 p. 100. Bilatéral, il provoquerait l'avortement dans 20 p. 100 des cas pour Richemont et Dessaignes, et dans 12.5 p. 100 des cas pour Puech et Vanverts.

Au moment de l'accouchement, il constitue, s'il est pelvien, une tumeur fréquemment prævia et toujours irréductible, faisant craindre les présentations irrégulières, la procidence du cordon, la rupture utérine, enfin, dont Vanverts cite 23 cas.

Par ailleurs, la grossesse elle-même peut entraîner la torsion ou la rupture du kyste et les complications graves qui en découlent.

Pour toutes ces raisons, on doit intervenir, et là encore il y aurait certainement intérêt à s'efforcer d'être conservateur.

2° Fréquence de la bilatéralité.

Un troisième élément d'intérêt dans la recherche d'une chirurgie conservatrice est la fréquence indiscutable avec laquelle les deux ovaires se trouvent atteints. Cet élément présente pour nous une très grande valeur, et son importance est, à notre avis, trop souvent méconnue. Une très vieille erreur a toujours opposé l'unilatéralité des kystes dermoïdes à la bilatéralité des mucoïdes. La lecture de la

littérature chirurgicale de gynécologie des soixante dernières années nous a permis de formuler une tout autre opinion.

Dès 1875, Pauly et Libert réunissaient 108 cas de kystes dermoïdes bilatéraux.

Dans sa thèse inaugurale, en 1886, à Berlin, Tschirner, en rapportait 11 observations de chirurgiens allemands et japonais.

En 1902, P. Lœwy et R. Guéniot en avaient réuni 77 cas. Et, sur une étude de 117 cas de kystes dermoïdes, 20 fois ils s'étaient trouvés en présence de bilatéralité. Dès cette date, ils concluaient à celle-ci dans une proportion de 17 p. 100 des cas. En 1911, Lipert en relevait 7 cas sur 66 kystes dermoïdes opérés et concluait à une proportion de bilatéralité de 16,6 p. 100.

Plus près de nous, en 1925, Kousky, dans un mémoire paru dans les *Annales surgery* (1925), concluait à une proportion de 13 p. 100.

En 1927, Bourg, dans le *Bruxelles médical*, rapporte, à propos d'un cas de kyste dermoïde double, que le fait se présente dans la proportion de 20 p. 100.

En 1928, Marshall, après avoir opéré 415 cas, conclut à une proportion de 15,4 p. 100.

En 1932, Runeskog avoue 10 p. 100.

La même année, Miller, après avoir opéré 90 malades, conclut à une proportion de 25 p. 100.

En 1933, Bruno Kriss en rencontre 28 cas sur 106 malades.

Enfin, la même année, Taddei énonçait une proportion de 22 p. 100.

Dans un mémoire de Miller, paru dans les *Annales surgery* de 1932, nous avons pu relever, en outre, les proportions suivantes, relatées par plusieurs chirurgiens pris au hasard :

Rosenstein, 10 p. 100;
Lochrane et Heating, 20 p. 100;

Mandelstann, 14 p. 100;
Stenlier et Brandess, 18,5 p. 100;
Kusudo Shogi, 15,9 p. 100;
August Mayer, 18,4 p. 100;
Glockner, 11 p. 100;
Ravano, 13,6 p. 100;
Gebhart, 17,58 p. 100;
Ikeda, 25,4 p. 100;
Satow, 31,17 p. 100;
Mantel, 40 p. 100.

C'est à dessein que nous avons développé plus spécialement cette étude historique de la bilatéralité du kyste dermoïde de l'ovaire. C'est, en effet, pour insister sur l'erreur qui consisterait à considérer l'unilatéralité comme l'apanage du kyste dermoïde, qui, en réalité, se révèle bilatéral dans une proportion qui varie entre 10 p. 100 et 40 p. 100 des cas.

Le traitement radical.

Alors qu'il est possible de ponctionner un kyste mucoïde, la constitution même du kyste dermoïde, avec son contenu huileux et ses formations ectodermiques, nécessite une extirpation. Il est classique de réaliser celle-ci en la faisant accompagner de l'ablation de l'organe, en l'occurrence, de l'ovaire malade : c'est l'ovariotomie. Cette ovariotomie est simple lorsqu'un seul ovaire est kystique. Lorsque les deux ovaires seront atteints, elle sera double et pourra même être complétée par l'hystérectomie.

1° L'ovariotomie simple.

L'indication opératoire de l'ovariotomie simple se présentera au chirurgien dans trois alternatives :

a) La femme est jeune non enceinte;
b) la femme est jeune et enceinte;
c) la femme est ménopausée.

Pour la malade ménopausée, la question ne se discute pas, mais pour la femme jeune, bien qu'il semble qu'elle réponde parfaitement à ce qu'on cherche, certains points sont à relever dans l'application de l'ovariotomie unilatérale. Certes, comme l'écrit Dieulafé, la grossesse après ovariotomie unilatérale est chose assez fréquente; cet auteur rapporte 4 cas de jeunes femmes entre 24 et 30 ans stériles avant l'opération, qui sont devenues enceintes par la suite.

Les suites opératoires éloignées ne sont cependant pas sans inconvénients pour la malade. Runge, en 1935, dans un mémoire sur les troubles observés à la suite de l'ablation chirurgicale d'un ovaire, rapporte que, sur 345 cas d'ovariotomie unilatérale, 196 ont pu être retenues par lui. Parmi ces dernières, il a pu relater 6 cas d'aménorrhée postopératoire, une proportion de 2 p. 100 d'oligoménorrhée suivie d'un fort engraissement et d'un déséquilibre endocrinien, enfin, dans 7 p. 100 des cas, une polyménorrhée.

D'autre part, il n'est pas rare de voir, plus ou moins longtemps après l'opération, se développer un kyste sur l'autre ovaire, qui avait paru sain lors de l'intervention. Cette unilatéralité se présentant, entraînerait alors une nouvelle intervention mutilante, complétant la castration de la malade.

Bruno Kriss rapporte dans les *Archives de gynécologie de Vienne*, en novembre 1933, que, sur 106 cas de femmes opérées de kyste dermoïde de l'ovaire dans le service du Professeur Halban, 59 fois on a délaissé l'ovariotomie unilatérale bien que l'autre ovaire parût entièrement sain. On s'en est bien trouvé, car 2 fois il fallut réintervenir pour une nouvelle formation kystique siégeant sur l'ovaire qui avait paru sain à la première intervention.

Une autre alternative est enfin celle où la malade est en état de grossesse. Là encore, les auteurs préconisent d'une façon générale l'ovariotomie pure et simple. Il semble en effet que, depuis 1900, où Fehling concluait à la mort du fœtus dans 30 p. 100 des cas après ovariotomie unilatérale, le taux des avortements provoqués par cette intervention ait

baissé. C'est ainsi que Foxonet, dans sa thèse (Toulouse, 1914), a pu écrire que, sur 38 ovariotomies unilatérales, 20 des grossesses étaient arrivées à terme. Cependant Szymanowicz, en 1922, rapporte que, sur 35 ovariotomies unilatérales, dont 10 pour kyste dermoïde de l'ovaire, il avait noté 6 interruptions de la grossesse. Il ajoute que pour nombre d'auteurs le cas est encore fréquent. C'est ainsi que, pour Orgler, l'avortement en résulterait dans une proportion de 22,5 p. 100 des cas. Cette proportion serait de 19 p. 100 pour Græfe, de 9,37 p. 100 pour Heil, et de 10,3 p. 100 pour Flateau. Enfin, Bourdon, dans sa thèse de Paris, 1927, sur les kystes dermoïdes dans leurs rapports avec la grossesse, envisage l'avortement après ovariotomie unilatérale dans une proportion allant de 10 à 13,5 p. 100. On explique cette éventualité par la suppression du corps jaune de grossesse, dont l'activité de glande à sécrétion interne serait nécessaire au développement de la grossesse, tout au moins dans la plus grande partie de son évolution. Suzanne Lévy, dans sa thèse (Paris, 1921) sur les kystes dermoïdes bilatéraux et la grossesse, a bien montré cette importance du corps jaune.

Une opération conservatrice respectant le corps jaune de grossesse ne serait-elle pas susceptible d'abaisser ce taux d'avortement et ne conviendrait-il pas, alors, d'être encore là aussi le plus possible conservateur ?

2° La double ovariotomie et l'hystérectomie.

La double ovariotomie et la castration utéro-annexielle sont généralement indiquées par les auteurs en présence de kystes bilatéraux.

Il est en effet relaté que la menstruation peut persister après de telles interventions.

Dès 1880, dans sa thèse de Paris, traitant des menstruations après opérations bilatérales, Ormières rapporte 38 retours de menstruation après 93 interventions.

De nombreux auteurs attribuent cette persistance de règles à l'existence d'ovaires surnuméraires. C'est ainsi que Puech, Beizel, Winckel, Rielfel, en signalent dans une proportion de 4 p. 100 des cas. C'est ainsi que Waldeyer et Wendeler relatent l'existence d'îlots ovariens dans le ligament large et parfois dans la paroi vaginale. C'est ainsi, enfin, qu'après 500 autopsies, Beigel et Gaillard ont relevé 23 fois la présence d'ovaires surnuméraires. Il n'en est pas moins vrai que l'éventualité est très rare et que, si du moins la malade peut, à la rigueur, espérer un retour de règles, tout espoir de grossesse future lui est interdit désormais.

Par ailleurs, ces interventions sont très choquantes. Dans l'ovariotomie double, l'avortement s'ensuit dans une proportion de 22,5 p. 100 pour Suzanne Lévy, et dans une proportion variant entre 11 et 25 p. 100 pour Puech et Vanverts.

A ces inconvénients, viennent enfin s'ajouter de grands désordres, dus à la ménopause chirurgicale.

Le Docteur Loubat a bien voulu nous citer le cas d'une jeune malade de 20 ans qu'il opéra, en 1920, pour kyste dermoïde des deux ovaires. Il fit une double ovariotomie, conservant malgré tout l'utérus. La malade présenta par la suite de graves troubles d'hypofonctionnement ovarien.

Bouffées de chaleur, troubles circulatoires de tous ordres et leur conséquence, fort engraissement, tendance à la neurasthénie, tels sont les graves désordres relevés chez ces femmes jeunes, atteignant à la fois leur moral et leur physique.

Il découle donc de ces méthodes chirurgicales que si dans le cas de kyste unilatéral l'ovariotomie simple répond, à la rigueur, à ce qu'on cherche, dans le cas de bilatéralité, *actuelle ou future*,

— pour diminuer le choc opératoire;
— pour permettre à une grossesse d'arriver plus sûrement à terme;
— pour éviter ces désordres physiologiques consécutifs à de telles interventions,

il serait intéressant de rechercher une chirurgie conservatrice, en présence :

de femmes jeunes;
de femmes enceintes;
de femmes qui peuvent encore avoir des enfants.

CHAPITRE II

LES METHODES CONSERVATRICES LEURS POSSIBILITES ANATOMIQUES. — LEURS RESULTATS

Avant d'entreprendre l'étude des méthodes conservatrices et de leurs résultats, il convient d'en rechercher les possibilités anatomiques. Ce n'est, en effet, que grâce à ces conditions anatomiques particulières que les chirurgiens ont pu s'appliquer à la recherche des procédés conservateurs.

C'est uniquement pour mémoire que nous citerons un premier procédé, rapporté par Foxonet dans sa thèse (Toulouse, 1914), et tenté par Delaunay, Chassot et Pozzi. Il s'agit de l'ignipuncture du kyste. Il est évident que cette méthode ne peut s'appliquer qu'à de minuscules kystes. Cette condition anatomique se présente très rarement, car il est bien connu qu'un kyste dermoïde de l'ovaire qui fait parler de lui est déjà volumineux. A part donc l'occurrence d'une trouvaille opératoire, comme c'est le cas dans les observations relatées par Foxonet, les possibilités anatomiques permettant l'application d'un pareil procédé ne se réaliseront presque jamais.

Il n'en est pas de même pour une seconde méthode résidant en la conservation de fragments ovariens.

Pour certains auteurs, et en particulier pour Potherat, le kyste dermoïde développé aux dépens de l'ovaire serait juxta-ovarien, et l'ovaire serait étalé à la surface du kyste. De Rouville émet une opinion identique, affirmant que l'on trouve au début du développement du kyste une épaisse coque de tissu ovarien à sa périphérie. Il serait donc logique qu'en se développant le kyste dissocie cette coque, produisant ainsi des fragments de tissu ovarien nettement re-

connaissables à côté du kyste. Cette façon de penser a été contrôlée par l'expérience : le fait a été fréquemment rapporté par les auteurs.

Dès 1904, dans la *Revue de Normandie* de la même année, Hue relatait l'existence fréquente, à la périphérie du kyste, de débris ovariens plus ou moins reconnaissables, mais se différenciant nettement malgré tout par la couleur blanc grisâtre caractéristique du tissu ovarien.

En 1909, dans la *Gazette de Nantes*, Vignard rapportait qu'ayant fait de nombreuses coupes de kystes enlevés, il avait constaté chaque fois la présence d'un ovisac et concluait à l'existence à la périphérie de la tumeur de fragments de tissu ovarien normal. Martin, en 1922, dans un mémoire sur l'application de la chirurgie conservatrice pour les kystes dermoïdes de l'ovaire, paru dans les *Ann. M. Ass. Chicago*, exprime le même avis.

Il en est de même pour Houdard, en 1927, et pour Vanverts, en 1928.

Enfin Contamin, en 1936, dans une publication rapportée dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie* de 1936, note cette couleur blanchâtre de fragments ovariens et conclut à la nécessité de les conserver.

Il existe donc fréquemment à côté du kyste des fragments ovariens plus ou moins apparents. Ils sont nettement reconnaissables par leur couleur grisâtre, en comparaison de la couleur blanc jaunâtre du kyste. Ils sont susceptibles de fournir les éléments anatomiques d'un traitement conservateur : cette méthode est la résection atypique du kyste avec conservation de fragments d'ovaire. Mais les petits kystes enclavés dans le tissu ovarien ne seraient-ils pas justiciables d'une autre méthode que cette dernière ? Celle-ci est l'énucléation intra-ovarienne. Elle est conditionnée par trois éléments anatomiques :

1° la résistance de la paroi du kyste;
2° l'existence d'un plan de clivage;
3° le volume réduit du kyste.

Les caractères de la paroi du kyste.

D'une façon générale, la paroi du kyste est relativement résistante. Dans son compte rendu à l'Académie de chirurgie, dans la séance du 18 mars 1936, Félix Papin a insisté sur ce caractère de la paroi, qui lui a permis d'appliquer l'énucléation.

Cette paroi se différencie, en effet, nettement du tissu ovarien qui l'entoure par sa couleur jaunâtre, alors que celle du tissu ovarien est grisâtre, et par sa constitution, qui est celle de la peau. La paroi du kyste a, en effet, la structure d'une peau parfaite, comme l'écrivent F. Papin et Bégouin dans le tome V des *Neuf agrégés*, avec une couche cornée, corps muqueux de Malpighi, papilles, glandes sébacées, follicules pileux, et même glandes sudoripares. Tous ces éléments rendent plus facile la séparation du kyste d'avec l'ovaire et servent à faciliter l'énucléation.

L'existence d'un plan de clivage.

Celui-ci est fréquemment noté par les chirurgiens qui ont tenté l'énucléation. Selon Potherat, il serait fréquent et « permettrait un décollement plus facile de la paroi du kyste d'avec le tissu ovarien ».

Keiffer, dans un mémoire publié dans le *Bruxelles médical* de 1927, l'a noté au cours d'une opération de kyste dermoïde avec conservation de tissu ovarien.

Houdard l'a relaté la même année.

Enfin, Franck S. Matthews, dans les *Annales surgery* de 1925, rapporte que la ligne de clivage entre le kyste et le tissu ovarien est fréquente et aisément trouvée.

Le volume réduit du kyste.

Lorsqu'il ne siège que sur un ovaire, le kyste dermoïde est rarement diagnostiqué assez tôt pour permettre l'énucléation. En général, il ne l'est que lorsqu'il fait parler de lui; et il ne fait parler de lui que lorsqu'il est déjà volumineux.

Sauf donc le cas d'une trouvaille opératoire, soit pour appendicectomie, soit pour laparotomie exploratrice, le fait ne se réalisera qu'en présence de kystes bilatéraux. Or, dans ce cas, il est fréquent de trouver à côté d'un kyste volumineux sur un ovaire un kyste beaucoup plus petit sur l'autre. Tous les auteurs l'ont remarqué et rapporté.

Dans l'observation de Hue, l'un des kystes pesait 5 kilos, l'autre était beaucoup plus petit.

Dans les observations de Matthews, dans un cas, l'un des kystes était très volumineux, l'autre avait 3 centimètres de diamètre; dans un autre cas, l'un avait 14 centimètres et l'autre 3 centimètres. Dans celle de Keiffer, d'un côté le kyste avait le volume d'une tête fœtale, de l'autre, il était petit. Dans le premier cas de Houdard, d'un côté le kyste était volumineux, de l'autre il avait la grosseur d'une orange.

Dans le deuxième cas qu'il rapporte, une tête d'enfant et un œuf de poule étaient les dimensions respectives des deux kystes.

Dans les observations de Vanverts, dans un cas les dimensions respectives étaient une tête fœtale et une petite noix, et, dans un autre cas, une noix de coco d'un côté et une petite noix de l'autre.

En outre G. Labey a opéré une jeune femme pour kyste de l'ovaire : d'un côté le kyste était très volumineux, de l'autre l'ovaire était à peine augmenté de volume, il contenait pourtant un kyste de la grosseur d'une noisette.

Enfin, Félix Papin, dans le cas qu'il rapporte, a noté d'un côté un kyste de la grosseur d'une orange, et de l'autre un autre kyste de la grosseur d'une petite noix.

L'application des méthodes conservatrices et ses résultats.

Trois méthodes de traitement conservateur se trouvent donc en présence, chacune d'elles répondant à des conditions anatomiques particulières. Il convient donc de rappeler quels sont ces procédés, d'en étudier l'application et d'en rapporter les résultats.

Nous citerons pour mémoire le premier de ces procédés, l'ignipuncture, qui consiste en la suppression des tout petits kystes au moyen d'une point de thermocautère incandescente. Cette méthode a donné des résultats chaque fois qu'elle a pu être appliquée, comme le montre Foxonet dans sa thèse (Toulouse, 1914), dans laquelle il rapporte plusieurs cas où, à l'occasion d'ovariotomies unilatérales, l'ignipuncture fut pratiquée sur de petits kystes des ovaires restants, et où il y eut grossesse par la suite. Il n'en est pas moins vrai que la rareté avec laquelle se présentent les conditions anatomiques nécessaires à l'application d'un tel procédé explique son peu d'utilisation.

Nous nous arrêterons plus longuement aux deux autres méthodes employées, l'une bien connue, la résection atypique avec conservation de tissu ovarien, l'autre d'application plus récente, l'énucléation intra-ovarienne, dont un cas est à l'origine de ce travail.

La résection.

Appliquée dès 1891 par Matthaeï chez une jeune fille de 16 ans, la résection du kyste avec conservation de tissu ovarien a trouvé par la suite de nombreux adeptes et donné d'excellents résultats. Elle consiste en la séparation de la formation kystique d'avec le tissu ovarien restant, nettement reconnaissable à sa couleur blanc grisâtre.

Si le kyste est assez volumineux pour avoir dissocié le tissu ovarien, celui-ci se trouvera sous forme d'îlots qu'il s'agira de récupérer en les séparant de la tumeur, tout en leur conservant leurs connections vasculaires et nerveuses: *c'est la résection atypique*. Réunis les uns aux autres en une petite boule figurant un nouvel ovaire en miniature, ils constitueront ainsi une nouvelle glande et en conserveront les fonctions.

Si un kyste est petit, ce qui arrive fréquemment, comme nous l'avons montré, en cas de bilatéralité, le tissu ovarien

forme encore à sa périphérie une coque épaisse. On taillera alors en plein tissu sain afin d'en séparer la tumeur, *réalisant ainsi l'extirpation du kyste*. La plaie ovarienne étant suturée par un surjet au catgut fin, on conservera ainsi un ovaire répondant à l aspect et remplissant les fonctions d'une glande normale.

Pour la première fois, en 1891, Matthaeï enlevait ainsi un kyste dermoïde de l'ovaire de la grosseur d'une noix, chez une jeune fille de 16 ans, en conservant une portion d'ovaire. La tentative conservatrice réussit pleinement, et la jeune malade s'étant mariée peu après, accoucha d'un enfant vivant, deux ans après l'intervention. Le même chirurgien eut par la suite l'occasion de réaliser l'extirpation d'un petit kyste chez une jeune femme de 23 ans. Là encore, l'extirpation, suivie d'une suture de la plaie ovarienne par un surjet au catgut, donna d'excellent résultats : un an après l'intervention, devenue enceinte, la jeune femme accouchait d'un enfant vivant.

Vers la même époque, Schrœder appliquait la même méthode conservatrice chez une jeune femme. Elle réussissait pleinement, au point que cette malade, revue quinze ans après l'intervention, jouissait d'une santé parfaite et possédait plusieurs enfants.

En 1904, dans la *Revue de Normandie*, Hue, de Rouen, rapportait l'observation d'une jeune femme de 26 ans chez laquelle, au cours d'un intervention pour kyste dermoïde de l'ovaire, il avait réussi à repérer des débris ovariens qu'il avait pu séparer et réunir. Les règles avaient reparu par la suite chez cette jeune femme.

En 1922, un chirurgien américain, C. A. Rœder, dans un article paru dans *The Journ. of the Amer. Assoc.*, 1922, sur la chirurgie des kystes de l'ovaire non hyperplastiques, rapporte qu'il a tenté chez 10 malades de fendre l'ovaire en deux valves et de disséquer le kyste sur la tranche de section. Sur ces 10 malades opérées de cette façon, il n'y eut aucune récidive, toutes furent réglées par la suite, et l'une d'elles devint enceinte.

En 1927, Houdard rapporte 2 observations de jeunes femmes chez lesquelles il a tenté la résection :

La première était une jeune fille de 26 ans, pour laquelle il avait été obligé, au cours d'un premier temps de l'intervention, d'enlever les annexes d'un côté. L'autre ovaire étant également porteur d'un kyste, il tenta la résection, et réussit à reconstituer un petit ovaire de la grosseur d'un haricot. Il permit ainsi à cette jeune fille, une fois mariée, d'avoir un enfant dans l'année qui suivit. La deuxième était une jeune femme de 35 ans, chez laquelle il réussit à isoler un fragment d'ovaire. Les règles de cette malade réapparurent par la suite.

En 1928, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*, Vanverts rapporte deux cas où, en présence de kyste dermoïde des deux ovaires, il a pu conserver ainsi une partie de l'un des ovaires et observer ultérieurement le développement d'une grossesse évoluant normalement et se terminant par un accouchement normal.

Enfin, en 1936, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie*, Caillot et Contamin rapportent l'observation d'une jeune femme de 27 ans pour laquelle, au troisième mois d'une grossesse, obligés de réaliser l'ovariotomie d'un côté, se trouvant en présence également d'un kyste du côté opposé, ils ont pu en faire la résection. La grossesse évolua normalement à terme; la femme fut réglée par la suite.

Ainsi, sur les 19 cas que nous rapportons, où la résection fut pratiquée, il y a eu retour des règles chaque fois; dans 7 cas, il y a eu grossesse par la suite; dans 1 cas, enfin, la femme était enceinte et l'accouchement à terme fut normal.

L'énucléation intra-ovarienne.

D'après les recherches que nous avons faites dans la littérature chirurgicale des cinquante dernières années, il nous paraît que l'énucléation intra-ovarienne est une méthode conservatrice beaucoup plus récente d'application que la résection.

Le résultat de ces recherches nous permet de supposer que les premières tentatives ne datent que de 1923, où elles furent réalisées à Vienne dans le service du Professeur Halban. Ce dernier s'efforça, dans les années qui suivirent, de réaliser l'énucléation intra-ovarienne, et, dix ans après, en 1933, Bruno-Kriss, dans une étude sur les opérations conservatrices des tumeurs kystiques bénignes, parue dans les *Archiv. für Gynak. de Vienne*, pouvait en rapporter 106 cas.

Sur ces 106 malades, 85 purent être revues : 60 d'entre elles étaient réglées, 4 avaient eu des grossesses après l'intervention, et 1 avait eu deux enfants.

En 1925, Franck S. Matthews, dans les *Annales surgery*, rapporte 6 cas de kystes dermoïdes bilatéraux, 4 d'entre eux compliquant une grossesse. Dans 5 de ces cas, il pratiqua l'énucléation, et permit ainsi à deux des grossesses d'arriver à terme. Chez les 5 malades, les règles reparurent.

En 1927, dans le *Bruxelles médical*, Keiffer rapporte l'observation d'une jeune femme de 32 ans chez qui, après énucléation du kyste, les menstruations reparurent.

La même année, Houdard cite 2 observations :

L'une d'une jeune femme de 26 ans, opérée par Labey, qui, en présence de kyste dermoïde des deux ovaires, tente l'énucléation. Celle-ci réussit au point que la malade eut deux enfants par la suite.

L'autre est celle d'une jeune femme opérée par P. Mocquot pour kyste bilatéral. L'ovariotomie d'un côté fut suivie de l'énucléation du kyste siégeant sur l'autre ovaire, et les règles reparurent normalement par la suite.

En 1927, J. Guyot a opéré une jeune femme de 20 ans pour kyste dermoïde bilatéral. Il a employé l'énucléation. Règles par la suite.

En 1932, J. R. Miller, dans un mémoire documenté paru dans *Amer. Journ. of. obst. and Gyn.*, expose la technique d'une façon qui ne laisse pas de doute sur la possibilité de sa réalisation. Il estime que cette méthode est facile et de grande valeur chez une femme jeune. Il estime aussi qu'elle

peut être réalisée pendant la grossesse sans addition de risques.

Il cite enfin 3 cas où il a pratiqué l'énucléation intra-ovarienne, dans chacun de ces trois cas les règles reparurent, normales, après l'intervention. Dans l'un de ceux-ci, la malade était enceinte et eut un accouchement normal à terme.

Enfin, en 1936, F. Papin a exposé à l'Académie de chirurgie, dans sa séance du 18 mars, l'observation qui est à l'origine de ce travail. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans chez laquelle il existait un kyste dermoïde sur chaque ovaire. Il tenta l'énucléation intraovarienne sur chacun des kystes. Celle-ci réussit pleinement, et la jeune malade fut à nouveau réglée normalement par la suite.

Ainsi donc nous avons pu rapporter 98 cas d'énucléation intra-ovarienne dont les bénéficiaires ont pu être revues par la suite. 73 malades virent leurs menstruations reparaître normalement. 5 devinrent enceintes par la suite, 5 étaient enceintes et accouchèrent normalement à terme.

Tels sont les résultats fournis par la chirurgie conservatrice durant cette période étudiée par nous. Dans la plupart des cas les règles reparurent normales, et, dans un certain nombre de cas, les malades purent redevenir enceintes par la suite.

CHAPITRE III

LES OBJECTIONS OPPOSEES AUX METHODES CONSERVATRICES LEUR JUSTIFICATION

Les méthodes conservatrices que nous venons d'exposer, et dont nous avons montré dans les chapitres précédents l'intérêt et les bienfaits pour les femmes jeunes, ont suscité quelques controverses et certaines objections de la part des auteurs qui leur sont encore opposés.

La première de ces objections serait une certaine tentance des kystes dermoïdes de l'ovaire à la transformation maligne. La résection ou l'énucléation laisserait, en effet, persister ce risque.

Cette façon de penser est basée sur la théorie actuellement acceptée, expliquant la formation et le développement des kystes dermoïdes : la théorie parthogénique. Ces derniers seraient, en effet, le produit de la multiplication d'une cellule du premier stade de segmentation ovulaire : un blastomère. Roux et ses élèves ont, en effet, montré que si, au stade de *Blastula*, on isolait un de ces blastomères, cet élément était capable de poursuivre sa segmentation et susceptible de produire ainsi un fragment d'embryon possédant les trois feuillets. On conçoit aisément que ce blastomère puisse donner naissance par la suite à des tumeurs complexes renfermant des tissus des trois feuillets; ce sont les embryomes. Les kystes dermoïdes en découlent avec leur contenu résultant de ces trois feuillets : formations ectodermiques (poils,

dents, glandes), formations mésodermiques (cartilages, os), formations endodermiques (tissu nerveux, moelle épinière).

Ces embryomes plus ou moins normaux se rapprochent plus de l'adénome que du néoplasme, car leur prolifération reste typique et coordonnée. Il suffira que cette prolifération devienne atypique et désordonnée pour que certains de ces tissus subissent aussitôt la transformation néoplasique. Comme l'écrit Vacher de La Pouge, « on conçoit alors combien doit être facile le passage de la tumeur bénigne à la néoplasie envahissante, de la prolifération régulière à la prolifération atypique ».

Roux et ses élèves, Masson et Debuchy en France, Geyer et Flied en Allemagne, Zalensky en Russie, concluaient ainsi en la fréquence de la transformation maligne du kyste dermoïde de l'ovaire.

Sans aller jusqu'à écrire, comme Beutner et Kœnig (*Amer. Journ. of obst. anal. Gyn.*, 1933), que la bilatéralité par elle-même était un signe de malignité, certains auteurs n'hésitaient pas à affirmer que sa fréquence se présentait avec une forte proportion : 48 p. 100 pour Cerné, 56 p. 100 pour Barnsky, et 10 p. 100 pour Dubas.

La conception d'une telle fréquence a cependant évolué depuis 1896, où Masson, dans sa thèse, en relatait 26 cas.

En effet : trois ans après, Debuchy n'avait pu en réunir que 4 cas nouveaux. Et, vingt et un ans plus tard, Ch. Bernard, en 1920, n'en relatait que 14 nouveaux cas.

La même année, Okiar Frankl, dans une étude sur les kystes dermoïdes carcinomateux de l'ovaire, parue dans le *Zentralbl. für Gynak.*, 1920, concluait à la rareté de cette éventualité, affirmant n'avoir pu en relever que 60 cas dans toute la littérature. De nombreux autres auteurs acceptent ces conclusions.

Si Rohdenburg rapporte en avoir trouvé 6 cas sur 61, van Smith affirme avoir opéré 97 malades atteintes de kystes dermoïdes de l'ovaire sans avoir relevé une fois la dégé-

nérescence maligne. Miller énonce les mêmes conclusions sur 90 malades opérées.

Lipert conclut à une proportion de 3 p. 100.

Marshall, dans une étude portant sur 415 cas, conclut à une proportion de 1,9 p. 100.

Pour von Franque, elle serait de 3 p. 100, pour August Mayer, de 4,5 p. 100, pour Martzoff, de 0,5 p. 100, pour Kousky de 1 p. 100, et pour Wienen, de 5 p. 100.

Masson et Ochsenhirt, dans une étude, sur 36 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire, parue dans *Surgery of obst. and Gyn.*, 1929, concluent à une proportion variant entre 0,5 p. 100 et 5 p. 100.

Enfin, Caillot et Boulez, rapportant (*Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1934) 2 cas de dégénérescence épithéliomateuse de kystes dermoïdes de l'ovaire, n'hésitaient pas à écrire : « Nous avons tenu à rapporter ces deux cas de dégénérescence épithéliomateuse de kystes dermoïdes de l'ovaire, étant donné leur peu de fréquence. En effet, dans la littérature médicale de ces dernières années, nous n'avons retrouvé qu'un cas analogue de kyste dermoïde de l'ovaire ayant subi la dégénérescence maligne. Cette observation a été rapportée en 1932, à la Société de gynécologie de Strasbourg, par MM. Kleinknetch, Penot et Ginglinger. C'est pourquoi nous avons décidé de rapporter ces cas à notre tour, à cause de leur rareté. »

Il découle de tout ceci que la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire est moins fréquente qu'on a bien voulu le dire. Sa rareté est maintenant bien reconnue par nombre d'auteurs : il faut, en effet, songer que la malignité n'est pas toujours développée aux dépens du kyste, mais qu'elle peut l'être aussi aux dépens d'une portion d'ovaire où d'un organe voisin; ces considérations observées, le taux de la fréquence de dégénérescence maligne du kyste est abaissé d'autant.

Par ailleurs, le dilemme d'être ou de ne pas être conser-

vateur se posera bien rarement au chirurgien en présence de kyste dermoïde de l'ovaire. C'est en effet chez des femmes âgées qu'il rencontrera cette dégénérescence maligne. Beutner et Kœnig le reconnaissent, Oskar Frankl également. L'observation que rapporte ce dernier est celle d'une femme âgée de 52 ans. Enfin, Vacher de La Pouge, dans sa thèse, conclut à son éventualité chez les femmes de plus de 40 ans et souvent de plus de 45 ans. Or, l'indication conservatrice ne s'imposera au chirurgien que chez les femmes jeunes, non ménopausées, pouvant et désirant avoir encore des enfants.

Il est bien connu, d'autre part, que la dégénérescence maligne ne se développe qu'aux dépens de kystes d'un volume déjà très important. La méconnaître, d'une part, ne serait guère possible, marquée qu'elle est par les adhérences, l'ascite rouge, les hémorragies en nappes, et là encore, d'autre part, en présence de ces gros kystes, trop volumineux, le chirurgien ne cherchera en aucune façon à être conservateur.

Il lui faudrait un hasard exceptionnel pour se trouver en présence d'un kyste encore relativement petit, au début de sa transformation maligne. Cette éventualité se présenterait-elle que la présence de petits bouchons cancéreux dans les parties toutes périphériques de la tumeur, saignant facilement, ne donnant pas prise à la pince, commanderait son diagnostic et le dispenserait d'être conservateur.

Enfin, il y a toujours l'examen microscopique systématique postopératoire, conseillé par Martin, pour réintervenir si besoin est.

Pour toutes ces raisons, le chirurgien peut être conservateur sans arrière-pensée de malignité possible.

Une autre objection formulée par les mêmes auteurs serait la possibilité de multiplicité des kystes sur l'ovaire atteint. Basée sur la même théorie parthogénique, elle en déduit l'éventualité de plusieurs embryomes à l'origine de plusieurs kystes sur le même ovaire. Le chirurgien pourrait donc méconnaître l'un de ces embryomes qui, plus tard, donnerait une récidive.

C'est ainsi que Runeskog, de Upsala, rapporte en 1932 qu'il a pu relever dans la littérature 50 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire multiples. Dans son article, on trouve les détails d'une observation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit composé de quatre cavités absolument indépendantes, qui comprenaient chacune les éléments caractéristiques des kystes dermoïdes de l'ovaire, et, à gauche, trois cavités semblables.

C'est ainsi que Martin relate l'observation d'une jeune femme de 26 ans chez laquelle il tenta le traitement conservateur et qui récidiva dix mois après l'intervention. C'est ainsi, enfin, que Joseph Novak, dans *Beitr. Z. Path. Anat.*, 1909, rapporte le cas d'une femme possédant 10 kystes sur un ovaire et 11 sur l'autre.

Il n'en est pas moins vrai que l'éventualité se présente rarement : sur 90 cas de kystes dermoïdes de l'ovaire opérés, [illegible] R. Millet ne relève l'éventualité que dans 6 cas seulement et le plus grand nombre des kystes était de 4 sur l'un des ovaires et de 2 sur l'autre.

Il convient de dire tout d'abord qu'un tel nombre n'exclut pas le traitement conservateur. Par ailleurs, il est très rare que la récidive survienne par le développement d'un embryome méconnu.

En 10 ans de chirurgie conservatrice pour kyste de l'ovaire dans le service du Professeur Halban à Vienne, Bruno Kriss n'a relevé le cas qu'une seule fois.

Sur les 110 cas cités par nous dans ce travail, de kystes dermoïdes de l'ovaire traités par la chirurgie conservatrice, il y a eu 2 fois seulement récidive.

Là encore l'arrière-pensée de la récidive possible ne doit pas faire hésiter le chirurgien à être conservateur.

Il le sera chez une femme encore jeune, dans le désir de diminuer le choc opératoire et d'amoindrir la gravité de l'intervention, mais aussi en vue des bienfaits qui résultent pour les malades (sauf après la ménopause) de la conservation de leurs fonctions menstruelles. Il y aura intérêt moral

et intérêt physiologique, ce dernier résidant dans la continuation des fonctions de sécrétion interne de l'ovaire.

Il le sera parce que, de l'avis des auteurs qui l'ont employé et de J. R. Miller en particulier, le traitement conservateur, et spécialement l'énucléation intra-ovarienne, est un procédé aisé et de valeur chez une femme jeune et pouvant être appliqué pendant la grossesse sans augmentation de risques.

Il le sera d'autant plus que, selon Edgardo Nicholson, dans son exposé sur la chirurgie conservatrice en gynécologie, au II[e] Congrès de Buenos-Aires, quelle que soit la quantité de parenchyme conservée, elle sera toujours suffisante pour maintenir à la femme l'équilibre de ses fonctions.

Il le sera, enfin, à cause de la bilatéralité fréquente. Cette bilatéralité existant déjà au moment de l'opération imposera alors, si possible, cette technique, le chirurgien envisageant les graves troubles fonctionnels qu'entraîne chez une jeune femme la castration totale et les risques d'avortement soulevés par l'ovariectomie bilatérale. Outre qu'elle réserve la possibilité de grossesses futures, cette méthode met la femme à l'abri des troubles de la ménopause chirurgicale et assure à la gestation en cours les meilleures chances d'une évolution normale jusqu'à terme.

Il sera enfin conservateur en présence de kyste unilatéral en songeant aux risques d'une bilatéralité future. L'autre ovaire, paraissant sain, présentant les risques de porter un kyste dermoïde plus tard, comme l'a montré Bruno Kriss dans une étude de dix ans de chirurgie conservatrice.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I.

(Félix Papin.)

Enucléation intra-ovarienne de kystes dermoïdes bilatéraux avec conservation des ovaires.

J'opère, en octobre 1935, Mme B..., âgée de 26 ans, qui a reçu le conseil de se débarrasser d'un kyste de l'ovaire constaté lors d'une opération césarienne faite six mois auparavant. Je n'ai aucun détail sur les raisons qui ont nécessité cette césarienne; il s'agissait de la première grossesse, l'enfant est vivant et très bien portant; mais on aurait constaté au cours de cette laparotomie un kyste de l'ovaire, et cette jeune femme désire en être débarrassée avant de retourner aux colonies.

A l'examen gynécologique, on trouve, en effet, une petite tumeur ovarienne gauche, légèrement douloureuse à la pression.

A la laparotomie, après avoir libéré l'utérus de quelques adhérences, qui l'unissent à la cicatrice de césarienne, je découvre un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une petite mandarine, de couleur jaunâtre, qui suggère de suite l'idée de kyste dermoïde. Avant de faire l'ovariectomie, j'explore l'autre ovaire. Cet ovaire droit dépasse les dimensions d'un ovaire normal; à travers une zone amincie de sa surface, qui ne présente plus à ce niveau qu'une mince couche translucide, transparaît un kyste opaque et jaunâtre dont les dimensions semblent intermédiaires entre celles d'une noisette et d'une noix. Il me paraît évident que cet ovaire droit contient, lui aussi, un kyste dermoïde à son début.

Voulant éviter autant que possible la castration chez cette jeune femme de 26 ans, j'incise délicatement le tissu ovarien aminci jusqu'à rencontrer la paroi jaunâtre du kyste. Celle-ci est relativement résistante, et il m'est facile d'en réaliser la décortication d'avec le parenchyme ovarien qui l'entoure; il s'en échappe un contenu huileux et des poils abondants. L'ovaire est refermé par un surjet au catgut.

Cette tentative m'incite à agir de même du côté gauche, sur le kyste primitivement découvert. Bien qu'il soit plus volumineux, il m'est possible là aussi, grâce à sa paroi assez résistante, de le séparer du tissu ovarien, refoulé en une lame juxtahilaire qui, après ablation du kyste, est pliée sur elle-même et suturée.

La guérison opératoire s'est faite sans incident. En 1936, cette jeune femme, très bien portante, continue à avoir ses règles parfaitement régulières et abondantes. L'examen gynécologique ne fait rien constater d'anormal.

En résumé, chez une femme *jeune*, atteinte de kystes dermoïdes *bilatéraux* des ovaires, de *petit volume*, j'ai pratiqué l'*énucléation intra-ovarienne*, qui m'a permis de conserver l'ovaire de chaque côté.

Observation II.

(Hue, *Revue de Normandie*, Rouen, 1904.)

Kystes dermoïdes des deux ovaires. — Conservation de fragments ovariens.

Mme D..., 26 ans, mal réglée jusqu'à son mariage, qui a eu lieu à 21 ans, a eu 5 grossesses en cinq ans. Sur ces 5 grossesses, 3 vinrent à terme, il y eut 2 avortements. Depuis l'âge de 22 ans, elle souffre du ventre.

A l'examen, l'abdomen présente le volume d'une grossesse de six mois, on sent une tumeur divisée en deux loges, remontant au-dessous de l'ombilic, tumeur arrondie, relativement fluctuante.

Six mois après le dernier accouchement, alors qu'elle avait

cessé l'allaitement depuis un mois, les règles ont reparu, abondantes, durant six jours.

On pose le dignostic de kyste de l'ovaire.

A l'opération, on trouve un kyste sur chaque ovaire.

L'un, à gauche, est très volumineux, pesant 5 kilogrammes : ovariectomie.

L'autre, à droite, plus petit, permet la conservation de fragments ovariens.

Après l'opération, les règles reviennent, régulières; cinq ans et demi après, la malade jouit d'une parfaite santé.

Observation III.

(Matthews.)

La malade est une femme de 43 ans qui n'a jamais eu de grossesse.

Diagnostic : kyste dermoïde de l'ovaire.

A l'opération, l'ovaire droit était le siège d'un gros kyste dermoïde, et l'ovaire gauche portant également un kyste dermoïde de 3 centimètres de diamètre.

En les enlevant, on fit en sorte de laisser un ovaire. La malade s'en trouva très heureuse en l'apprenant. Les menstruations furent normales pendant cinq ans, puis ménopause normale.

Observation IV.

(Matthews.)

Malade chez laquelle coïncidaient grossesse et kyste dermoïde de l'ovaire. Lorsque l'opération fut nécessaire, elle était au milieu de sa grossesse. Les kystes furent énucléés, laissant des ovaires aplatis. Ceux-ci sont suturés et reprennent une forme et des dimensions normales.

Bien que le corps jaune fût enlevé, la grossesse continua normalement et se termina par un accouchement à terme et normal.

Les règles reprirent, régulières et normales. La patiente n'eut pas d'autres grosseses.

Observation V.

(Matthews.)

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans. Six mois après la naissance de son unique enfant, elle accuse des troubles tels que l'on pose le diagnostic de kyste ovarien.

La laparotomie permet de découvrir un kyste de chaque ovaire de la grosseur d'un citron.

Enucléation bilatérale et suture de la plaie ovarienne. Convalescence normale.

Menstruations normales à la suite.

Observation VI

(Id.)

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans.

Les dernières règles datent du mois d'août 1922. La malade était enceinte, mais l'opération de kyste dermoïde de l'ovaire diagnostiqué sur elle est décidée et la malade est opérée le 14 octobre 1922.

De l'ovaire gauche, on enlève un kyste dermoïde de 14 centimètres de diamètre.

L'ovaire droit contenait deux kystes dermoïdes, l'un de 8 centimètres, l'autre de 3 centimètres de diamètre.

L'ovaire est conservé, le corps jaune est enlevé avec les kystes.

La malade accoucha à terme normalement.

Observation VII.

(Keiffer, *Bruxelles médical*, 10 juill. 1927, p. 1154.)

Opérations de kystes dermoïdes bilatéraux avec conservation de tissu ovarien.

Femme impare de 32 ans.

Le diagnostic posé est le suivant : kyste multiloculaire de l'ovaire ou des deux ovaires.

La laparotomie permit d'extraire facilement un premier kyste non adhérent du volume d'une tête de fœtus aplatie.

Au moment de l'exérèse, on constate que l'ovaire qui avait donné naissance à la tumeur présentait une partie saine : il en restait une longue bandelette de 2 centimètres de large sur 4 de long, au niveau du hile ovarien.

Cette disposition permit de tenter le décollement du kyste par décortication. Il était, en effet, recouvert d'une membrane péritonéale, comme les kystes du parovarium.

Le kyste fut ainsi, en réalité, énucléé. On put de la sorte conserver une bonne languette de tissu ovarien, qui fut ramassé en forme de petite sphère, par une suture en bourse.

Cela fait, on pratiqua l'extraction du kyste du côté opposé par un procédé en tous points semblable. L'opération terminée, l'utérus et les annexes se mirent en position normale, symétrique, donnant l'impression d'un appareil génital intégral.

Les menstruations qui suivirent furent en tous points normales comme date et durée.

La membrane périkystique se révéla comme étant constituée d'un tissu ovigène.

Observation VIII.

(Houdard.)

Kystes dermoïdes des ovaires. — Conservation de tissu ovarien. Grossesse consécutive.

Une jeune fille de 21 ans ressentait depuis quelques mois des douleurs dans le bas-ventre. Les douleurs étaient parfois vives, par crises, durant plusieurs heures. Pas d'autres signes fonctionnels ni généraux.

A la palpation, on trouve, à droite, une tumeur arrondie dépassant un peu le pubis, du volume du poing. Cette tumeur est parfois plus perceptible : elle est alors sentie sur la ligne médiane, à l'hypogastre, et on note alors qu'elle est très mobile. D'après la malade, elle augmente actuellement de volume depuis que les crises douloureuses sont plus fréquentes.

Le toucher vaginal est impossible.

Le toucher rectal révèle une tumeur arrondie, régulière douloureuse.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu.

Intervention : Kyste de l'ovaire droit comme une grosse orange avec un long pédicule.

Kyste de l'ovaire gauche enclavé dans le petit bassin, un peu plus volumineux.

A gauche, aucune conservation n'est possible, on enlève en bloc trompe, ovaire et kyste.

A droite, par contre, dans la région d'implantation du kyste sur son pédicule, on trouve un peu de tissu grisâtre qui semble bien être du tissu ovarien.

Après incision circulaire à la base du kyste, on sculpte sur la paroi du kyste des fragments circulaires de tissu ovarien et on trouve même un plan de clivage qui permet de décoller et d'extirper le kyste. On réalise l'hémostase des petits vaisseaux qui saignent abondamment, puis, par un petit surjet au catgut, on rapproche les bords de cette cupule de tissu ovarien. On a constitué ainsi un ovaire en miniature, à peine plus gros qu'un haricot, que l'on fixe au pavillon de la trompe.

L'examen des pièces montre qu'il s'agit bien de kystes dermoïdes.

Suites : Les règles réapparaissent trois semaines après l'opération avec leur abondance et leur durée normale. Dans les mois qui suivent, elles sont un peu irrégulières, plus fréquentes que normalement. Puis elles reprennent leur régularité dans les années qui suivent.

Trois ans après l'opération, la malade se marie. Elle commence presque aussitôt une grossesse. Elle accouche normalement en août 1926.

Observation IX.

(Houdard, 1927.)

Femme de 35 ans, mère de deux enfants, est opérée, le 25 mars 1927, pour kyste de l'ovaire.

A l'opération, on trouve un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'enfant.

A droite, on trouve un kyste du volume d'un gros œuf de poule.

A droite, on réussit à isoler une cupule de tissu ovarien qui permet de refaire un ovaire plus petit.

Les règles ont réapparu dans le mois qui a suivi l'opération.

Observation X.

(M. G. Labey, cité par Houdard.)

Jeune femme de 26 ans adressée au chirurgien pour appendicite chronique. Celui-ci pose le diagnostic de kyste de l'ovaire droit, mais l'ovaire gauche paraissait volumineux, jaunâtre, tendu.

On fait une ponction : par l'orifice sort un poil.

Pour tenter la conservation, l'ovaire est fendu dans sa longueur, sur son bord convexe, et un kyste dermoïde du volume d'une grosse noisette est énucléé. On suture la tranche ovarienne.

Or, cette jeune femme, qui présentait des symptômes d'hypofonctionnement ovarique (règles peu abondantes, embonpoint) et qui, mariée depuis trois ans déjà, n'avait jamais eu de grossesse, a vu diminuer les phénomènes d'hypovarie et a eu depuis deux enfants.

Observation XI.

(M. Pierre Mocquot, cité par Houdard.)

Jeune femme avec kyste bilatéral.

D'un côté, le kyste était volumineux, l'ovaire fut enlevé en totalité avec lui, mais, de l'autre côté, il n'y avait qu'un petit kyste qu'il a énucléé en conservant une portion d'ovaire.

Règles normales par la suite; pas de grossesse.

Observation XII.

(Vanverts, *Soc. d'obst. et gynécol.*, 1928, p. 722.)

Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire. — Résection partielle de l'autre ovaire. — Grossesse consécutive.

Femme de 35 ans, célibataire, réglée normalement, jouissant d'une excellente santé, présentant depuis quelque temps des four-

millements dans la cuisse droite, vient consulter le chirurgien.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire ayant refoulé l'utérus en avant, par conséquent volumineux.

La laparotomie révèle :

A droite, un kyste de l'ovaire de la grosseur d'une tête fœtale, situé sur la ligne médiane, en arrière et au-dessous de l'utérus. Libre, il est enlevé sans incident.

A gauche, un kyste du volume d'une petite noix, situé sur le bord libre de l'ovaire. J'enlève le kyste en sectionnant l'ovaire à une petite distance de lui. Il reste une portion notable de tissu ovarien.

On suture au catgut fin. La trompe gauche était préalablement reconnue saine.

Deux mois après, l'opérée se mariait; au bout d'un an elle devenait enceinte. La grossesse évolua normalement et se termina à terme par l'accouchement d'un garçon.

Observation XIII.

(Vanverts, *ibid.*).

Malade de 33 ans. Elle a accouché normalement il y a respectivement dix, trois, deux ans.

Depuis 1913, elle souffre de crises douloureuses abdominales.

Le 3 décembre 1923, violente crise douloureuse accompagnée de peu de température (37°2). Pouls, 112. Vomissements. Il existe une masse douloureuse médiane et mobile.

Diagnostic : Torsion d'un kyste.

La laparotomie révèle :

A gauche, un kyste tordu avec un tour et demi de torsion : on l'enlève. Il avait la grosseur d'une noix de coco.

A droite, un kyste de la grosseur d'une petite noix : on en fait la résection en passant en plein parenchyme ovarique, conservant ainsi un tiers de l'ovaire. On suture au catgut fin.

Les règles réapparaissent par la suite régulièrement.

En 1925, cette femme devient enceinte et accouche normalement d'un garçon bien portant.

Observation XIV.

(Miller, *American Journal of obstetric and Gynecology*, n° 2, févr. 1933.)

Enucléation intra-ovarienne.

Une jeune femme de 20 ans a eu, à six semaines d'une grossesse, des crises douloureuses du côté droit du ventre.

On diagnostique la grossesse avec concomitance d'un kyste dermoïde compliqué de torsion.

L'opération révèle :

Sur l'ovaire droit, un kyste dermoïde de la grosseur du poing, enlevé entièrement.

Sur l'ovaire gauche, le corps jaune de grossesse se trouve situé entre deux kystes dermoïdes de 3 à 4 centimètres de diamètre.

Loin d'agir comme à droite, les kystes sont soigneusement énucléés. On suture la tranche de tissu ovarien au corps jaune.

La patiente accoucha à terme normalement et eut par la suite des règles régulières.

Observation XV.

(Miller, *ibid.*).

Jeune femme de 20 ans opérée pour tumeurs abdominales bilatérales. Un ovaire contenait quatre kystes dermoïdes : on l'enlève entièrement. Dans l'autre, le corps jaune se trouvait entre deux kystes dermoïdes, qui furent énucléés soigneusement.

Règles régulières par la suite.

Observation XVI.

(Miller, *ibid.*).

Une jeune malade de 24 ans avait été très irrégulièrement réglée depuis le début de ses règles.

La présence d'une masse située dans le cul-de-sac antérieur et

la nature des symptômes ressentis et constatés firent penser à une tumeur pelvienne. La situation antérieure fit présumer de sa nature dermoïde. L'opération révéla la présence de deux kystes dermoïdes. Le procédé d'énucléation de ces kystes fut employé avec succès.

La malade est maintenant réglée régulièrement.

Observation XVII.

(Caillot et Condamin.)

Kyste dermoïde sur un ovaire restant, opéré au troisième mois de la gestation. — Conservation d'un fragment d'ovaire. — Continuation de la grossesse.

Mme M..., âgée de 27 ans, au troisième mois d'une grossesse, présente des douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche. On conclut à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

La malade avait déjà été opérée, il y a quatre ans, pour kyste dermoïde de l'ovaire droit.

On avait fait une annexectomie totale droite complétée d'appendicectomie.

Elle déclare avoir un retard de règles de deux mois et demi; l'examen montre des signes de grossesse caractérisée.

On perçoit dans la fosse iliaque gauche une masse très mobile du volume d'une orange.

Du fait de l'ablation des annexes droites, on pratique une résection du kyste en conservant un fragment ovarien au contact du hile. Ce fragment contenait le corps jaune.

Le kyste enlevé est un kyste dermoïde.

Les suites opératoires sont simples. La grossesse se poursuit et normalement aboutit, à terme, à l'accouchement d'un enfant bien portant.

Depuis règles régulières, non douloureuses, d'abondance normale.

Observation XVIII.

(Martin.)

Traitement conservateur. — Récidive.

Jeune femme en bonne santé, mère d'un enfant, opérée pour troubles ovariens.

On trouve les ovaires augmentés de volume et contenant chacun un petit kyste dermoïde. En plus, il y avait plusieurs kystes séreux.

Comme la malade tenait à ce que les fonctions ovariennes fussent conservées, les deux kystes dermoïdes sont extirpés, les kystes séreux évacués et leur paroi enlevée.

Il restait ainsi une portion d'ovaire normalement apparent à gauche, et un peu moins à droite.

Convalescence sans incidents.

L'examen microscopique des kystes dermoïdes montra un certain caractère de malignité : cellules très nombreuses, tendance à un arrangement atypique.

Après consultation avec la malade et son mari, elle préféra courir le risque possible d'une évolution avec délai plutôt que de se soumettre à une autre opération immédiate qui nécessiterait peut-être une stérilisation injustifiée.

Environ dix mois après, elle fut obligée de subir une deuxième opération pour augmentation de l'ovaire droit. C'était un kyste dermoïde typique.

Observation XIX.

(Oskar Frankl.)

Kyste dermoïde carcinomateux de l'ovaire.

Femme de 52 ans, ménopausée depuis huit ans, présentant une tumeur abdominale qui grossit, avec amaigrissement, douleur, signes de compression. La masse atteint l'ombilic; elle est douloureuse à la pression.

Pas d'ascite. Au toucher, une masse remplissant le Douglas.

Diagnostic : Tumeur de l'ovaire probablement maligne.

Opérée, elle guérit sans incident.

Macroscopiquement : L'ovaire droit est transformé en une tumeur de la dimension d'une tête d'adulte, partiellement solide, partiellement kystique. Il y a trois cavités kystiques distinctes et encapsulées.

Examen microscopique : Il montre un aspect franchement carcinomateux.

Il s'agit là d'un kyste dermoïde multiple avec dégénérescence carcinomateuse.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire paraissent être bilatéraux dans une proportion variant entre 10 p. 100 et 40 p. 100 des cas. Il convient donc, au cours d'une laparotomie pour kyste dermoïde, d'examiner soigneusement l'autre ovaire afin d'y déceler, en l'occurrence, l'existence d'un kyste plus petit.

II. — La fréquence de cette bilatéralité doit conduire à utiliser chez une femme jeune, atteinte de kyste dermoïde de l'ovaire, une chirurgie conservatrice de l'ovaire qui porte le kyste toutes les fois où cela est possible.

Cette chirurgie conservatrice est réalisée par l'énucléation intra-ovarienne du kyste s'il est suffisamment petit ou par la résection atypique avec conservation de fragments ovariens.

III. — Ces opérations conservatrices sont à pratiquer :

1° chez une femme jeune, en présence de kystes dermoïdes bilatéraux;

2° Chez une femme jeune, même en cas de kyste unilatéral, si cette opération y apparaît facile;

3° chez une femme enceinte lorsque le corps jaune de grossesse siège sur l'ovaire qui porte le kyste.

IV. — Les résultats opératoires sont bons. Les risques de dégénérescence maligne ultérieure sont extrêmement réduits, ainsi que ceux de récidive. La conservation des fonctions ovariennes est un bénéfice inappréciable chez une femme jeune.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

F. PAPIN.

Vu : *Le Doyen*,

Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 19 juin 1937.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Bourdon. — Les kystes dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse. Thèse Paris, 1927.

Bernard (Ch.). — Kystes dermoïdes de l'ovaire et grossesses. Thèse Paris, 1920.

Bardon et Barthélemy. — Kyste dermoïde de l'ovaire avec inclusion bilatérale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 4, 10 févr. 1929, p. 118.

Bourg. — A propos d'un cas de kyste dermoïde double de l'ovaire. *Bruxelles médical*, n° 2, 13 nov. 1927.

Bégouin. — Pathologie chirurgicale de l'appareil génital de la femme. Neuf agrégés, t. V.

Beutner et Kœnig. — *Amer. Journ. of obst. and gyn.*, févr. 1933.

Contamin. — Kyste dermoïde de l'ovaire chez une femme ayant eu cinq accouchements. *Ann. de gyn. et obst.*, 1904, p. 188.

Caillot et Contamin. — Kyste dermoïde sur un ovaire restant opéré au troisième mois de la grossesse; conservation d'un fragment d'ovaire; continuation de la gestation. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, avril 1936.

— La chirurgie doit-elle être conservatrice en cas de kyste de l'ovaire ? *Arch. mensuelles d'obst. et gyn.*, 1913, p. 339.

Caillot et Boulez. — Deux cas de dégénérescence épithéliomateuse de kystes dermoïdes de l'ovaire. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, oct. 1934, p. 546-549.

Dieulafé. — La grossesse après ovariotomie unilatérale pour kyste. *Bull. Soc. de gyn. et obst.*, 1923, p. 598.

Delmas. — *La gynécologie*, 1927, p. 422.

Deletrez. — Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. *Rev. de gyn. de Paris*, 1914, p. 450.

Denis (J.-B.), Denis (R.) et Duflant (F.). — Etudes de deux cas de dégénérescence cancéreuse de kyste dermoïde de l'ovaire. *Lyon médical*, 27 janv. 1935, p. 93-98.

Einsenstadten. — Transformation de kyste dermoïde en cancer. *Monatschr. Geburtsh u. Gynak.*, 1921, p. 360.

Hue. — Kyste dermoïde des deux ovaires; conservation de fragments ovariens. *Revue de Normandie*, Rouen, 1904.

Houdard. — Kystes dermoïdes des ovaires. Conservation de tissu ovarien. Grossesse consécutive.

Harguindeguy. — Kyste dermoïde bilatéral. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, août 1934.

Henrestey. — Kystes dermoïdes bilatéraux. *Bull. Soc. gyn. et obst.*, Bruxelles, 1904, p. 58.

Keiffer. — Un cas de kyste dermoïde bilatéral des ovaires. *Bruxelles médical*, n° 37, 10 juill. 1927, p. 1154.

Kriss (Bruno). — Opérations conservatrices des tumeurs ovariennes kystiques bénignes. *Arch. F. Gynak.*, t. 154, fasc. 3, 17 nov. 1933, p. 415-420.

Lévy (Suzanne). — Contribution à l'étude de kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires au cours de la grossesse. Thèse Paris, 1921.

Lévy et Solal. — A propos d'un cas de kyste dermoïde de l'ovaire opéré au terme de la gestation. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, nov. 1934, p. 613-615.

Lœwy et Gueniot. — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Rev. de gyn. de Pozzi*, 1902.

Le Goff. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. Thèse Bordeaux, 1934-1935.

Lemaire. — L'avenir génital des femmes après ablation de kyste bilatéral de l'ovaire. Thèse Lille, 10 nov. 1925.

Matthews (Franck S.). — *Am. surgery*, 82, 1925, p. 483-485.

Miller (J. R.). — Multiple Dermoïds of ovary. *Am. Journ. of obst. and gyn.*, n° 2, févr. 1933.

Meriel et Dieulafé. — Epithéliomat ovarien développé sur un ancien kyste dermoïde. *Gynécologie et obstétrique*, mai 1935.

Muller (P.). — Volumineux kyste dermoïde multiloculaire de l'ovaire. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, séance 14 déc. 1931.

Mathews. — Management of bilateral ovarian dermoïd. *Ann. Surg. Phil.*, 1925, p. 483.

Masson (L. C.) et Ohsenhirt (N. C. O.). — Squasmous cell. carcinoma arising in dermoïd cyst. of ovary. report of three cases. *Surg. gyn. obst.*, mai 1929, n° 48, p. 702-708.

Martin. — The application of conservative surgery to ovarian dermoïd cyst. *J. amer. m. Assoc. Chicago*, 1922, p. 1895.

Nicholson (Edgardo). — La chirurgie conservatrice en gynécologie. *C. R. II^e Congrès d'obst. et gyn., Buenos-Aires*, 1934, p. 630-742.

Novak (J.). — Multiplicité de kystes dermoïdes. *Beitr. z. Path. An. u. z. Path.*, 1909, p. 1 à 37.

Ormières. — La menstruation après l'ovariotomie et l'hystérectomie. Thèse Paris, 1880.

Palacios (G. C.). — Dos casos de quistes dermoïdeos y mucoïdeos de ovarios a pediculo torcido en niñas de 9 y 15 años, respectivamente. *Semana med.*, n° 2, p. 904-906, 18 sept. 1930.

Pozzo (F.) et Iriarte (I. G.). — Quiste Dermoïdeo del ovario a pediculo torcido en una niña de 8 años. *Prensa med. Argent.*, 20 mai 1930, n° 16, p. 1640-1642.

Papin (F.). — Enucléation intra-orvarienne de kystes dermoïdes bilatéraux avec conservation des ovaires. *Académie de chirurgie*, 13 mars 1936.

Potherat. — Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire gauche et double kyste dermoïde de l'ovaire droit chez la même femme. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1919, p. 385.

— Kyste dermoïde des deux ovaires. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1904, p. 58.

— Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1923, p. 921.

Runeskog. — Ueber multiple dermoïdcysten in den ovarien. *Zentralblatt für Gynäkologie*, n° 48, 26 nov. 1932, p. 2828-2901.

Rouville (de). — Kystes dermoïdes bilatéraux à symptomatologie exclusivement hémorragique. Réunion d'obst. et gyn. de Montpellier, déc. 1913.

Rœder (C. A.). — Chirurgie des kystes de l'ovaire non hyperplastiques. *The Journ. of the amer. Assoc.*, 1922, vol. 77, n° 19, p. 1452-1453.

Runge. — Troubles observés à la suite de l'ablation chirurgicale d'un ovaire. *Mschs. Obs. u. Gynac.*, Bd 100, Hept 4/5, oct. 1935.

Siddal (A.). — Dermoïd cyst in young girl.; case. *China. M. J.*, 44, marsh 1930, p. 259.

Szymanowicz (J.). — Kyste de l'ovaire et gestation. *Obstétrique et gynécologie*, 1922, p. 405.

Trempe (F.). — Dystocie chez une primipare due à une kyste dermoïde de l'ovaire. *Bull. Soc. méd. des hôpit. universitaires de Québec*, sept. 1932, p. 286-288.

Taddei (A.). — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'ovaire bilatéraux. *Journal de chirurgie*, n° 3, 1935; *La Clinica chirurgica*, juin 1933.

Trentinger (J.). — Kyste dermoïde dans l'épiploon avec kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Arch. F. gynak.*, 20 mars 1934; *Journal de chirurgie*, n° 4, 1935.

Tripp. — Kyste dermoïde de l'ovaire. *The amer. Journ. of surgery New-York*, août 1935; *Journal de chirurgie*, n° 5, nov. 1935.

Vacher de la Pouge. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1913.

Vignard. — Tumeur dermoïde des ovaires. *Gaz. méd. de Nantes*, 1909.

Vanverts (J.). — Ablation d'un kyste dermoïde de l'ovaire et résection partielle de l'autre ovaire. Grossesse consécutive. *Bull. Soc. d'obst. et gyn.*, 1928, p. 722.

29280. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1937.